



ANTICONCEPCIÓN
HISTORIA CLINICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Resol.310/04 S.S.S. y Modificaciones)

DAR SALUD
RNOS 1-2800-3 OSPFeSIQyP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de la Industria Química y Petroquímica
RNOS 1-2800-3

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar, por **WhatsApp** al **011-3841-6805**. Ante cualquier consulta comuníquese al **011-3985-5439**, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ingreso Reingreso FECHA: ___/___/___

NOMBRE Y APELLIDO:		
Nº DE BENEFICIARIO:	DNI TIPO:	DNI NRO:
DOMICILIO:		TEL.:
LOCALIDAD – PROVINCIA:		MAIL:
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___	EDAD:	SEXO: F / M / O

NOTA: Es requisito indispensable que el médico tratante complete la **DOSIS DIARIA** solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.
Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

TRATAMIENTO SOLICITADO (*) OBLIGATORIO MÉDICO PRESCRIPTOR

	MONODROGA*	POTENCIA*	PRESENTACIÓN*	DOSIS DIARIA*	ENVASES
Ejemplo de llenado de formulario medicamento	MONODROGA drospirenona+etinilestradiol	POTENCIA 3/0.3 mg	PRESENTACIÓN comprimidos	DOSIS DIARIA 1 x día	ENVASES 1 (uno)

DIAGNÓSTICO / PATOLOGÍA:

<hr/> SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL	<hr/> FECHA DE PRESCRIPCIÓN
--	------------------------------------

IMPORTANTE: La presente debe estar acompañada de la prescripción / receta original para cada retiro mensual, es decir que la planilla no reemplaza a la orden médica para el retiro por mostrador de farmacia.